



Número: **0810270-55.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **20ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **18/03/2020**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANDREIA RIBEIRO DA SILVA (AUTOR)		LARISSA DE OLIVEIRA MAIA (ADVOGADO)	
Porto Seguro Cia. de Seguros Gerais (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
61160725	06/10/2020 15:31	2755722_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190668398

Vítima: ANDREIA RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 19/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LARISSA DE OLIVEIRA MAIA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDREIA RIBEIRO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15182983

Pag. 00701/00702 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190668398

Vítima: ANDREIA RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 19/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LARISSA DE OLIVEIRA MAIA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDREIA RIBEIRO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **ANDREIA RIBEIRO DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000001731-0**

Conta: **000010040816-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190668398 **Cidade:** Canguaretama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDREIA RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 19/06/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE COTOVELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.4/6_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE CANGUARETAMA - CANGUARETAMA - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025770/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/07/2019 11:28 Data/Hora Fim: 11/07/2019 11:49
Delegado da Polícia: José Carlos de Oliveira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Canguaretama

Data/Hora do Fato: 19/06/2019 08:45

Local do Fato

Município: Canguaretama (RN)
Logradouro: princesa isabel
Complemento: via publica
Ponto de Referência: próximo ao semafaro
Tipo do Local: Via Pública

Bairro: sertãozinho
Nº: s/n

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
22: Lesão corporal de natureza grave se resulta incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias (Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ADREIA RIBEIRO DA SILVA (VÍTIMA)
Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Canguaretama Sexo: Feminino Naso: 27/06/1988
Profissão: Supervisor de Caixa
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Terezinha da Lima Ribeiro Nome do Pai: Antonio Ribeiro da Silva
Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 073.885.414-06

Endereço

Município: Canguaretama - RN
Logradouro: rua osorio chaves Nº: 302
Bairro: piquiri
Telefone: (84) 98141-9772 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)
Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Canguaretama - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

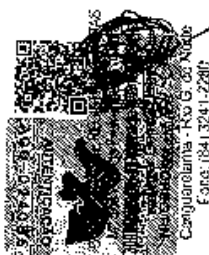
A declarante compareceu a esta delegacia para informar que estava em um Mototaxi a caminho da UPA de Canguaretama; Que o Mototaxi foi ultrapassar um carro, mas o outro carro que estava estacionado na via abriu a porta e fez com que a declarante e o mototaxista caíssem; Que a declarante machucou o braço e foi socorrida por outro mototaxista para a UPA de Canguaretama; Que na upa, foi encaminhada para o Declécio em Pamamirim. Nada mais disse e nem lhe foi perguntado.



Delegado da Polícia Civil: José Carlos de Oliveira
Impresso por: Márcio Beino de Araújo Tavares
Data de Impressão: 11/07/2019 11:49
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



AUTENTICAÇÃO

A presente cópia é reprodução fiel do documento que me foi apresentado: dou fé
Canguaretama, 18 de 04 de 2019

(Assinatura)
(Assinatura)
(Assinatura)

VALIDO SOMENTE COM O SELLO DE AUTENTICIDADE





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE CANGUARETAMA - CANGUARETAMA - RN

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 025770/2019

ASSINATURAS

Márcio Bruno de Araújo Tavares
Agente de Polícia
Matrícula nº 193-2
Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que foi original, conforme previsto nas Artigos 318-Danificação Caligrafia e 319-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



AUTENTICAÇÃO

A presente cópia é reprodução fiel do documento que me foi apresentado; dou fé e autenticar em 18 de 04 de 2019

[Assinatura]
(Substituto)
Elietez Geraldo Freire (Substituto)

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE



Delegado de Polícia Civil: José Carlos de Oliveira
Impresso por: Márcio Bruno de Araújo Tavares
Data de Impressão: 11/07/2019 11:49
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

073.865.414-06

4 - Nome completo da vítima:

Andréia Ribeiro da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Andréia Ribeiro da Silva

6 - CPF:

073.865.414-06

7 - Profissão:

recuso

8 - Endereço:

Rua Osório Chaves

9 - Número:

302

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Piquiri

12 - Cidade:

Canguaretama

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59.190-000

15 - E-mail:

recuso

16 - Tel.(DDD):

(84) 9 8141-9772

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo [ANEXAR CÓPIA].

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1731

CONTA:

40816

6

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE



Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou resíduo (vivos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a suspensão do ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Natal/RN, 27/11/2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	11/12/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDREIA RIBEIRO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01731-0

CONTA: 000010040816-8

Nr. da Autenticação 06D6622AF16C8E45



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA																																																																															
COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE RUA MERMOS, 150, BALDO, NATAL, RIO GRANDE DO NORTE CEP 59025-290 CNPJ 08.324.198/0001-81 INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0		 COSERN www.cosern.com.br																																																																													
Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 Ligações Gratuitas: -TELEATENDIMENTO COSERN: 116 -Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 -Ouvidoria 0800 034 0404 Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167 Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis																																																																															
DADOS DO CLIENTE JOSEMARIA TARTUINO DEZERRA DAMASCENO CPF: 035.570.104-80 ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA EDGAR DANTAS 451 -C SANTOS REIS/AREA URBANA 59141-150 PARNAMIRIM RN As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, prazos, serviços prestados e tributos se encontram a disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br		DATA DE VENCIMENTO 15/08/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 43,79 DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 20/07/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 20/07/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 027472616 Série: U CONTA CONTRATO 007006739444 Nº DO CLIENTE 3010821009 Nº DA INSTALAÇÃO 0002393000																																																																													
CLASSIFICAÇÃO B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES Monofásico																																																																															
RESERVADO AO FISCO A776.E7C1.B7B5.E92C.1CD5.2F24.EB1E.BC4E																																																																															
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL																																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>QUANTIDADE</th> <th>PREÇO</th> <th>VALOR (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo(KWh)</td> <td>65,00</td> <td>0,65697612</td> <td>38,68</td> </tr> <tr> <td>Acréscimo Bandeira AMARELA</td> <td></td> <td></td> <td>0,64</td> </tr> <tr> <td>Contrib. Ilum. Pública Municipal</td> <td></td> <td></td> <td>4,47</td> </tr> <tr> <td>TOTAL DA FATURA</td> <td></td> <td></td> <td>43,79</td> </tr> </tbody> </table>	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	Consumo Ativo(KWh)	65,00	0,65697612	38,68	Acréscimo Bandeira AMARELA			0,64	Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,47	TOTAL DA FATURA			43,79	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Tarifas Aplicadas</th> <th colspan="2">HISTÓRICO DO CONSUMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo(KWh)</td> <td>0,65697612</td> <td>JUL 18</td> <td>58</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JUN 18</td> <td>62</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>MAI 18</td> <td>101</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>ABR 18</td> <td>102</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>MAR 18</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>FEV 18</td> <td>107</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JAN 18</td> <td>119</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>DEZ 17</td> <td>131</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>NOV 17</td> <td>152</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>OUT 17</td> <td>116</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>SET 17</td> <td>94</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>AGO 17</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JUL 17</td> <td>64</td> </tr> </tbody> </table>			Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO		Consumo Ativo(KWh)	0,65697612	JUL 18	58			JUN 18	62			MAI 18	101			ABR 18	102			MAR 18	99			FEV 18	107			JAN 18	119			DEZ 17	131			NOV 17	152			OUT 17	116			SET 17	94			AGO 17	80			JUL 17	64
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)																																																																												
Consumo Ativo(KWh)	65,00	0,65697612	38,68																																																																												
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,64																																																																												
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,47																																																																												
TOTAL DA FATURA			43,79																																																																												
Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO																																																																													
Consumo Ativo(KWh)	0,65697612	JUL 18	58																																																																												
		JUN 18	62																																																																												
		MAI 18	101																																																																												
		ABR 18	102																																																																												
		MAR 18	99																																																																												
		FEV 18	107																																																																												
		JAN 18	119																																																																												
		DEZ 17	131																																																																												
		NOV 17	152																																																																												
		OUT 17	116																																																																												
		SET 17	94																																																																												
		AGO 17	80																																																																												
		JUL 17	64																																																																												
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS																																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">ICMS</th> <th colspan="2">PIS</th> <th colspan="2">COFINS</th> </tr> <tr> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>39,32</td> <td>16,00</td> <td>7,07</td> <td>39,32</td> <td>1,11</td> <td>0,43</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5,09</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>2,00</td> </tr> </tbody> </table>				ICMS		PIS		COFINS		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	39,32	16,00	7,07	39,32	1,11	0,43						5,09						2,00																																														
ICMS		PIS		COFINS																																																																											
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO																																																																										
39,32	16,00	7,07	39,32	1,11	0,43																																																																										
					5,09																																																																										
					2,00																																																																										
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>NÚMERO DO RESÍDUO</th> <th>TIPO DA FORTAÇÃO</th> <th>ANEXO</th> <th>DATA</th> <th>LEITURA</th> <th>DATA</th> <th>LEITURA</th> <th>CONSTANTE</th> <th>JUSTE</th> <th>CONSUMO KWh</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00306002130165259</td> <td>CAT</td> <td>1306/2015</td> <td>8.632,00</td> <td>20/07/2015</td> <td>8.550,00</td> <td>31</td> <td>1,00000</td> <td>0,00</td> <td>58,00</td> </tr> </tbody> </table>		NÚMERO DO RESÍDUO	TIPO DA FORTAÇÃO	ANEXO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	CONSTANTE	JUSTE	CONSUMO KWh	00306002130165259	CAT	1306/2015	8.632,00	20/07/2015	8.550,00	31	1,00000	0,00	58,00	DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>CONSUMO</th> <th>VALOR APURADO</th> <th>MESAL</th> <th>METAL</th> <th>METAL ANUAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Valor de energia sem energia PARALISADA DE</td> <td>0,00</td> <td>0,19</td> <td>10,32</td> <td>20,77</td> <td></td> </tr> <tr> <td>FIO-De veras sem energia ANEEL</td> <td>0,00</td> <td>2,23</td> <td>6,47</td> <td>12,95</td> <td></td> </tr> <tr> <td>OMC-Duração máxima de interrupção contínua</td> <td>0,00</td> <td>2,24</td> <td>0,20</td> <td>0,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DCRI-Duração de interrupção em dia crítico</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Limite DCRI: 12,72</td> </tr> <tr> <td>ELUB-Valor de Encargo de Uso = R\$</td> <td></td> <td>14,77</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APURADO	MESAL	METAL	METAL ANUAL	Valor de energia sem energia PARALISADA DE	0,00	0,19	10,32	20,77		FIO-De veras sem energia ANEEL	0,00	2,23	6,47	12,95		OMC-Duração máxima de interrupção contínua	0,00	2,24	0,20	0,00		DCRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DCRI: 12,72	ELUB-Valor de Encargo de Uso = R\$		14,77																						
NÚMERO DO RESÍDUO	TIPO DA FORTAÇÃO	ANEXO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	CONSTANTE	JUSTE	CONSUMO KWh																																																																						
00306002130165259	CAT	1306/2015	8.632,00	20/07/2015	8.550,00	31	1,00000	0,00	58,00																																																																						
DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APURADO	MESAL	METAL	METAL ANUAL																																																																										
Valor de energia sem energia PARALISADA DE	0,00	0,19	10,32	20,77																																																																											
FIO-De veras sem energia ANEEL	0,00	2,23	6,47	12,95																																																																											
OMC-Duração máxima de interrupção contínua	0,00	2,24	0,20	0,00																																																																											
DCRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DCRI: 12,72																																																																										
ELUB-Valor de Encargo de Uso = R\$		14,77																																																																													
INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você (passos e magalhães lida - app: rua cruzeiro do sul, santos reis / posto pinheiro borges: av. pres. getúlio vargas 3010, rioante cartão lista completa em www.cosern.com.br). O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. No data de leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pago, em atraso gera multa 25%(Res-414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária do mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.		NÍVEL DE TENSÃO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LÍMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <th></th> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </tbody> </table>			TENSÃO NOMINAL(V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231																																																																		
TENSÃO NOMINAL(V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO(V)																																																																														
	MÍNIMO	MÁXIMO																																																																													
220	202	231																																																																													
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																																																																															
DESTAQUE AQUI																																																																															
CONTA CONTRATO 007006739444		MÊS/ANO 07/2019																																																																													
TOTAL A PAGAR(R\$) 43,79		VENCIMENTO 15/08/2019																																																																													
TALÃO DE PAGAMENTO																																																																															
839800000003 437900384071 00873944203 017298257836																																																																															
																																																																															
Evite dobrar este canhoto. Este canhoto será usado em leitora ótica.																																																																															



NÍVEIS DE TENSÃO	
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
	MÍNIMO MÁXIMO
220	202 231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

autoajudimientocosem.com.br/NDP_DCSRUCES_D~home~neologw~sap.com/servlet/login.ngoenergia.com.RFCConversaoServlet?redirfatura... 1/1



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0725 284 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Larissa de Oliveira Maia inscrito (a) no CPF 086.988.144 / 25
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Andréia Ribeiro da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 073865414 / 06 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez/DAMS da Vitima
Andréia Ribeiro da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 073865414 / 06 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço R Edgar Dantas		Número 454	Complemento C
Bairro Santos Reis	Cidade Parnamirim	Estado RN	CPF 59141-150
Email recuso		Telefone comercial (DDD) recuso	Telefone celular (DDD) recuso

Natal/RN 28 de novembro de 2019

Local e Data

Larissa de Oliveira Maia
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 v001/2017



SUS: 405007830596058 Qd. 98141 9770-R



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

Mae. Elizabeth de Lucena Ribeiro

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 75

NOME: Anderson Ribeiro da Silva
IDADE: 24/06/1988 COR: — SEXO: Masculino ESTADO CIVIL: Solteiro
NATURALIDADE: Parnamirim / RN PROFISSÃO: D. de Caixa PROCEDENCIA: —
ENDEREÇO: Rua Agostinho Neves 310 BAIRRO: Piquissu
CIDADE: Parnamirim / RN DATA: 9/06/2019 HORA: 18:55h

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

PUPILAS A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO TA

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA) Paciente vítima de queda de moto há cerca de 7h. Usava capacete. Não apresenta ferimentos visíveis. Queixa-se de dor em MSE. Desambulando, sem claudicação. Traz RX de MSE.

EXAME FÍSICO

- A- VA péssimo. Sem cervicalgia.
- B- MM + bilateralmente. Espirreira em AA.
- C- Taquicárdica. Abdomen flácido e indolor. Pulso arterial.
- D- ECG ns. PIFR.
- E- Sem lesões aparentes. MSE em tórax.

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO
	133 x 108	100	15			148

DIAGNÓSTICO INICIAL: Nontrauma

08/07/19
Hedilberto



EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

☐ HEMATOLOGIA	☐ NEUROLOGIA	☐ NEFROLOGIA	☐ CIR. VASCULAR	☐ ENDOSCOPIA
☐ CLÍNICA MÉDICA	☐ CIRURGIA GERAL	☐ ORTOPEDIA	☐ BUCO-FACIAL	☐ UROLOGIA
☐ NEUROCIRURGIA	☐ OTORRINO	☐ OFTALMOLOGIA	☐ C. PLÁSTICA	☐

CONDUTA

1. Sol AX tórax
2. Sol parecer da Ortopedia
3. Dificuldade osm + Sm 1x e 5x
4. Traqueia Long + Sm 1x e 5x

Dr. L. L. Maciel
MÉDICO
CRM 9781

ortopedico 20:15

paciente com RT de elevação do
quebra de peso, com RT / tracheia
W. M. G. M. L.

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL	☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE Ortopedia	☐ REMOVIDO EM _____
HORA _____ HS		HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR _____	DECISÃO MÉDICA ☐	A REVELIA ☐
DATA _____	HORA _____	
ÓBITO _____	HORA _____	
ENTREGUE À FAMÍLIA ☐	S.V.O. ☐	I.T.E.P. ☐
MÉDICO (Carimbo)		
CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)		





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

Jundia

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOGLÉCIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

3515188

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

ANDREIA RIBEIRO DA SILVA

6- NÚMERO DO FRONTEIRO

166151

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

705 0078 3259 6258

8- DATA DE NASCIMENTO

27/06/1988

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

PARDAS

11- NOME DA MÃE

TEREZINHA DE LIMA RIBEIRO

12- TELEFONE DE CONTATO

981419772

13- NOME DO RESPONSÁVEL

JEONE / NAMORADO

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA: OSÓRIO CHAVES

16- MUNICÍPIO

CANGUARETAMA

17- BAIRRO

PIQUIRI

18- UF

RN

19- CEP

59190000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com fratura de alveolar e
com relato de queda de peso

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

fratura

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

RA + RX de fratura

23- DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

fratura

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0696036 7674

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- NÚMERO DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DE SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

38- () AC. TRABALHO TRAJETO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNES DA EMPRESA

44- CROR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO REGISTRADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

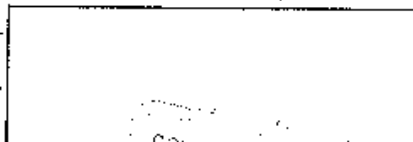
48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





Hospital		Nº prontuário	
Nome do paciente ANDRÉIA RIBEIRO DA SILVA			
Data operação 22/08/19	Enf.	Leito	
Operador Dr. JESSE	1º auxiliar	Dr. JOSIVAN NUNES	
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador	
Anestesiologista	Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório			
Tipo de operação FRATURA DO OLECRANO DIREITO			
Diagnóstico pós-operatório TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OLECRANO DIREITO			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato antes durante a operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ASSESPIA E ANTISSEPSIA
3. CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO POSTERIOR EM PLANOS NO COTOVELO DIREITO
5. REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM 02 FIOS DE KIRSCHNER AO NÍVEL DO OLECRANO E FIO DE CERCLAGEM
6. UTILIZADO INTENSIFICADOR DE IMAGEM
7. REDUÇÃO OK
8. CURATIVO
9. TALA AXILOPALMAR
10. BOA PERFUSÃO DISTAL

1	CIRURGIAS MÚLTIPLAS
	(0415010012)
1	POLITRAUMATIZADO
	(0415030013)
1	PROC. CLÍNICO
1	PROC. CIRÚRGICO
	0415070034
1	CBO. 225225
1	CBO. 225270
3	DIAS
	CID. 553

Josivan F. Nunes
Ortopedia / Traumatologia
CRM 20.153

19/08/2019
19/08/2019





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA ORTOPEDIA		REGULAÇÃO PORTA ZERO		OBS
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO		
		166151		
DATA	HORA	CATEGORIA	GIH	
19/06/2019	20:34			
PACIENTE			DATA DE NASCIMENTO	
ANDREIA RIBEIRO DA SILVA			27/06/1988	
ESTADO CIVIL		PROFISSÃO		
SOLTEIRA		OP: CX		
ENDEREÇO (RUA, Nº)				
RUA: OSÓRIO CHAVES				
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF	CEP	
CANGUARETAMA	PIQUIRI	RN	59190000	
LOCAL DE TRABALHO			TELEFONE	
FILIAÇÃO		ANTONIO RIBEIRO DA SILVA		
TEREZINHA DE LIMA RIBEIRO				
RESPONSÁVEL		TELEFONE		
JEONE / NAMORADO		981419772		
ENDEREÇO				
O MESMO				

DIAGNOSTICO PROVISÓRIO

Ed de Almeida

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO

Ed de Almeida

ALTA

23-06-2019

ÓBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

Andréia de Almeida

Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 06/10/2020 15:31:25
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100615312538600000058673400
Número do documento: 20100615312538600000058673400

CONTINUA
DATA: 08/07/19
Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 06/10/2020 15:31:25
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100615312538600000058673400
Número do documento: 20100615312538600000058673400



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia



Secretaria de Saúde Pública
Hospital Deoclécio M. Lucena

RECEITUÁRIO MÉDICO

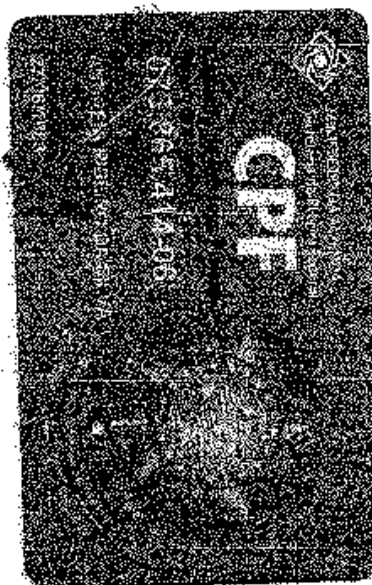
P/ Andreia Ribeiro da Silva

Doença: Doença perfuradora de
fúndus do estômago aguda,
com sinais de complicações.
Exatidão de. Alter
do seu Tratamento.

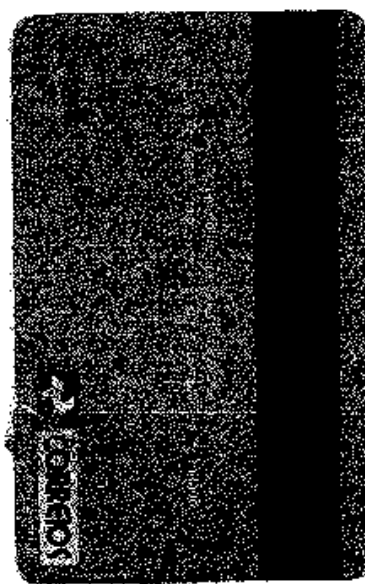
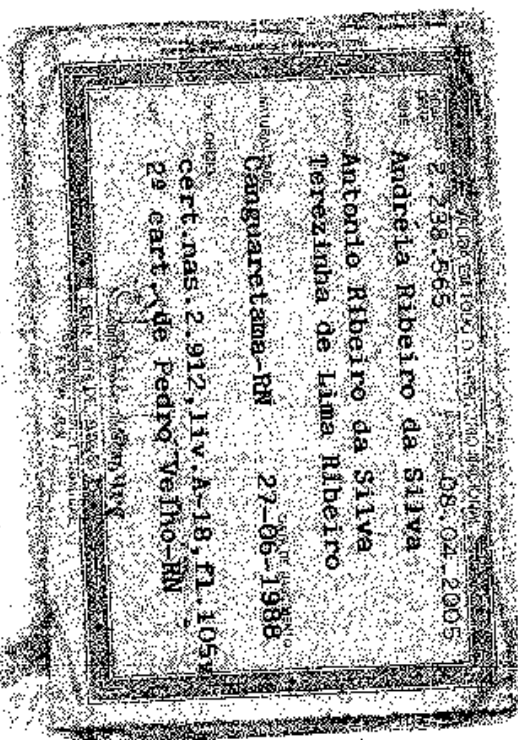
Apresentando sequelas
do seu acidente, limas
faixas dos movimentos
do estômago → grau in-
dado.

13/05/19
JOAN JERÔNIMO BARRETO
MÉDICO
Cirurgião Geral
Cirurgia Geral





VITIMAS



[illegible]

Dados do Veículo de placa MZC2465					Em 13/11/2019 10:30:24	
Placa	Renavam	Placa Anterior	Tipo	Categoria	Espécie	Lugares
MZC2465	949436925	MZC2465/RN	4-MOTOCICLETA	1-Particular	1-Passageiro	2
Marca/Modelo	Fabricação/Modelo	Potência	Combustível	Cor	Carroceria	
002807-HONDA/CG 150 TITAN KS (Nacional)	2007/2008	0	2-Gasolina	15-VERMELHA	999-NAO APLICAVEL	
Nome do Proprietário					Recadastrado DETRAN	
ERIVAN PEDRO DA SILVA					DetranNet	
Proprietário Anterior					Situação Lacre	
BR MOTO PECA E SERVICO LTDA					REGULAR modelo antigo	
Município de Emplacamento	Licenciado até			Adquirido em	Situação	
CANGUARETAMA	2019 em 19/06/2019, Licenciamento Anual no lote 012012, AR=RS078715858BR (CRLV emitido)(Via 1)			12/12/2007	Em Circulação	
Restrição à Venda					Sequência	
Alienação Fiduciária em favor de ADMINISTRADORA DE CONSORCIO NACIONAL HONDA LTDA					1661603	
Informações PENDENTES originadas das financeiras via SNG - Sistema Nacional de Gravame						
Registro de Baixa de Alienação Fiduciária informado por CONSORCIO NACIONAL HONDA LTDA em 13/01/2009 às 10h16min para ERIVAN PEDRO DA SILVA						
Impedimentos						
Nenhum impedimento registrado até esta data						
▼ Listagem de Débitos						
Classe (Clique abaixo para a emissão da GUIA)	Número da Guia	Vencimento	Valor Nominal(R\$)	Valor Atual(R\$)		
Taxa Bombeiros - Motos 2019	3147908.9.108760140	15/04/2019	15,00	15,00		
Total dos Débitos			R\$ 15,00	R\$ 15,00		
Taxas Detran	Seguro DPVAT	IPVA	Multas			
15,00	0,00	0,00	0,00			
▼ Infrações em Autuação						
Nenhuma Notificação de Autuação realizada para este veículo até o momento.						
▼ Listagem de Multas						
Nenhuma multa em aberto cadastrada para este veículo até o momento.						
▼ Último Processo						
Processo	Interessado	Início em				
25000507/2008	76210430406	10/01/2008 às 12h32min				
Situação		Final em				
Encerrado		10/01/2008 às 12h50min				
Serviço		Execução em				
Primeiro Emplacamento		Em 10/01/2008 às 12h32min por 10772502404				
Alienação Fiduciária		Em 10/01/2008 às 12h32min por 10772502404				
Geração de guia de pagamento		Em 10/01/2008 às 12h32min por 10772502404				
Auditoria		Em 10/01/2008 às 12h50min por 20248130463				
Emissão CRV(1ª via)		Em 10/01/2008 às 12h51min por 40599787449				
▼ Recurso de Infração						
Nenhuma Processo de Recurso de Infração cadastrado para este veículo até o momento.						
▼ Histórico de Impedimentos						
Nenhum impedimento cadastrado para este veículo.						

**Não Possui valor como
NADA CONSTA !**

⏪ Voltar



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Andréia Ribeiro da Silva, brasileiro(a),
estado civil: Solteira, Profissão: Fiscal de Caixa, Data do Acidente 19.06.19
Cobertura TOTAL, portador(a) do RG 2238565, órgão expedidor
SEDS e do CPF: 073865414-06, residente no(a)
Rua Oronio Cl. 1912 nº 302
bairro: Piquiri, município: Canguareto/ RN.

OUTORGADO:

Nome: Larissa de Oliveira Maia brasileiro(a) estado civil: solteira Profissão: Advogada
portador(a) do RG 003.007.335 órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 086.988.144-25 residente
no(a) R. Edgar Dantas nº 454-C bairro: Santos Reis município: Parnamirim/RN

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Parnamirim-RN, 13 de Novembro de 2019
Local e Data



Andréia Ribeiro da Silva

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0424882/19

Vítima: ANDREIA RIBEIRO DA SILVA

CPF: 073.865.414-06

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 19/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANDREIA RIBEIRO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LARISSA DE OLIVEIRA MAIA : 086.988.144-25

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ANDREIA RIBEIRO DA SILVA : 073.865.414-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/11/2019
Nome: LARISSA DE OLIVEIRA MAIA
CPF: 086.988.144-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

LARISSA DE OLIVEIRA MAIA

GERCIA LOURENCO DA SILVA

